

CONVENTION DE TRAITEMENT PAR FECONDATION IN VITRO

Nous soussignés,

Madame

Monsieur

NOM NOM

PRENOM PRENOM

Date de naissance Date de naissance

Adresse postale Rue Numéro :

Ville Code Postal Pays

Adresse mail

I. Certifications :

1. Avoir été dûment informés, de manière extensive, des diverses implications de ce traitement de fécondation in vitro et notamment :
 - o Que le succès du traitement ne peut être assuré ;
 - o Des risques inhérents au traitement de stimulation ovarienne, à l'anesthésie et aux techniques de prélèvement ovocytaire ;
 - o De la possibilité d'avoir recours, en certaines circonstances, à l'injection intracytoplasmique d'un spermatozoïde (ICSI) pour assurer la fécondation de l'ovocyte ;
 - o Des modalités légales régissant le nombre d'embryons transférés et le devenir des embryons surnuméraires ;
 - o Des risques obstétricaux et néonataux pouvant être majorés suite à l'infertilité et à la prise en charge en procréation médicalement assistée ;
 - o Des possibilités de soutien psychologique mises en place par le centre tout au long de la prise en charge au CPMA ;
 - o Que le matériel corporel humain (gamètes ou embryons) de qualité insuffisante pour une utilisation et par conséquent destiné à la destruction peut être utilisé à des fins de validation de techniques ou de formation au sein du CPMA.
 - o De l'obligation d'avoir une date de début de stimulation programmée avant de pouvoir s'inscrire. L'absence de programmation rendra impossible l'inscription en traitement ;
 - o De la nécessité d'avoir un dossier médical et administratif en ordre avant de débiter le traitement, sans quoi l'inscription ne sera pas autorisée et le traitement sera reporté ;
2. Avoir pris connaissance du document d'informations relatives à la fécondation in vitro (FIV.06.INF) ;
3. Avoir compris l'ensemble de ces informations et les avoir jugées suffisantes pour nous permettre de prendre une décision responsable et fondée, après un délai de réflexion.

II. Marquons notre accord, sciemment et librement :

1. Au prélèvement et au traitement des ovocytes par le CPMA dans le cadre d'une procréation médicalement assistée ;
2. Au prélèvement du sperme du conjoint et à son traitement par le CPMA dans le cadre d'une procréation médicalement assistée ;
3. A la mise à disposition des instances externes de contrôle nationales et internationales de nos données médicales, sous formes codées excluant toute identification possible.

III. Sollicitons :

Le Centre de Procréation Médicalement Assistée (CPMA) pour la réalisation d'un traitement de fécondation in vitro (FIV) avec sperme du conjoint au sein de notre couple.

IV. Nous engageons à transmettre au CPMA les résultats :

1. Des contrôles de suivi de stimulation (biologies et échographies), aux dates indiquées par le centre PMA et ce avant 13:00 lorsque ceux-ci sont réalisés en externe ;
2. Du transfert d'embryon (positif ou négatif) ainsi que les données relatives à l'accouchement afin de permettre au centre d'assurer un suivi des traitements tel que prévu par la législation.

Lu et approuvé
Madame
(Date et signature)

Lu et approuvé
Le/la partenaire
(Date et signature)

Lu et approuvé
Le médecin en charge du dossier
(cachet et signature)

Fait à Liège, le, en deux exemplaires originaux, dont chaque partie déclare avoir reçu un exemplaire.